

我的氣喘護理計畫 CHINESE

Patient Name: _____

Medical Record #: _____

醫務人員姓名: _____ DOB: _____

醫務人員電話號碼: _____ 填寫人: _____ 日期: _____

控制藥物	服用數量	服用次數	其他說明
		_____ 次/每天 每天服用！	☐ 服藥後漱口
		_____ 次/每天 每天服用！	
		_____ 次/每天 每天服用！	
		_____ 次/每天 每天服用！	
快速舒緩藥物	服用數量	服用次數	其他說明
☐ Albuterol (ProAir、Ventolin、Proventil) ☐ Levalbuterol (Xopenex)	☐ 吸藥兩次 ☐ 吸藥四次 ☐ 1 次噴霧器治療	需要時才服用 (請參閱以下指示 — 於黃區開始時， 或運動前使用)	注意：如果您每週需要服用本藥物兩天以上，請電洽醫師，考慮增加控制藥物的服用劑量，並討論您的治療計畫。

右列情況下的特殊指示：



病情穩定



病情惡化



病情緊急

病情穩定。

- 日間或夜間無咳嗽、喘鳴聲、胸悶或呼吸急速情況發生。
- 可從事正常活動

尖峰呼氣流速 (適用於 5 歲以上)：

為 _____ 以上。(個人最佳紀錄的 80% 以上)

個人最佳尖峰呼氣流速 (適用於 5 歲以上)：_____



下列的每日例行工作可**避免**氣喘症狀發作：

- ☐ 每天服用上述控制藥物。
- ☐ 運動前，吸入 _____ 次數 _____
- ☐ 避免會讓我氣喘症狀惡化的情況。(請見表格背面。)

綠區

病情惡化。

- 咳嗽、喘鳴聲、胸悶、呼吸急速，或
- 因氣喘發作而在夜間醒來，或
- 可從事一些 (但並非全部) 正常活動

尖峰呼氣流速 (適用於 5 歲以上)：

_____ 至 _____ (個人最佳紀錄的 50 至 79%)



警戒範圍。每天持續服用控制藥物，並：

- ☐ 吸入 _____ 次數快速舒緩藥物或進行 _____ 次噴霧器治療。如果我在 20-30 分鐘內未回到**綠區**，必須再多吸藥 _____ 次或進行 _____ 次噴霧器治療。如果我在 1 小時內未回到**綠區**，我應該：
- ☐ 增加 _____
- ☐ 新增 _____
- ☐ 致電 _____
- ☐ 視需要每 4 小時服用快速舒緩藥物。如果 _____ 天後仍無改善，請電洽服務提供者。

黃區

病情緊急

- 呼吸非常急速，或
- 快速舒緩藥物無效，或
- 無法從事正常活動，或
- 症狀處於黃區 24 小時後仍無改善或惡化。

尖峰呼氣流速 (適用於 5 歲以上)：

少於 _____ (個人最佳紀錄的 50%)



病情緊急！就醫治療！

- ☐ 服用快速舒緩藥物：每 _____ 分鐘吸入 _____ 次數，並即刻送醫。
- ☐ 服用 _____
- ☐ 致電 _____

紅區

危險！盡速就醫！如因呼吸急速而難以步行或說話，或有嘴唇或指甲發灰或發藍現象，請撥 911 求救。

病患者如為兒童，呼吸時，如頸周圍的皮膚和肋骨縮緊下陷，或病患者無法正常回應，請撥 911 求救。

Health Care Provider: My signature provides authorization for the above written orders. I understand that all procedures will be implemented in accordance with state laws and regulations. Student may self carry asthma medications: ☐ Yes ☐ No self administer asthma medications: ☐ Yes ☐ No (This authorization is for a maximum of one year from signature date.)

Healthcare Provider Signature _____

Date _____

ORIGINAL (Patient) / CANARY (School/Child Care/Work/Other Support Systems) / PINK (Chart)

CHINESE

☐ 是 ☐ 否

日期

區碼與電話號碼